

дереалізація. На цей час можна зробити припущення, що біль — є стримуючим чинником для всіх варіантів аутоагресивної і гетероагресивної поведінки. Механізмами стримування аутоагресивної поведінки боєм є не тільки страх перед больовими почуттями, але і вплив болю на дереалізацію та схильність до експлозивних реакцій. Несуїцидальна самоушкоджувальна поведінка частіше спостерігалася на тлі збільшення порогів сприйняття болю. Виявлено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки виразності суїцидальної ідеї та показників больового сприйняття. Зворотні — з порогом відчуття болю ($r = -0,27$), прямі — з різницею між порогом переносимості болю і порогом відчуття болю ($r = +0,27$). Виявлено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки рівня депресії (за Гамільтон) з різницею між порогом переносимості болю і порогом відчуття болю ($r = +0,21$). Підвищення порогу непереносимості болю було загальною ознакою підвищеного ризику суїциду, незалежно від нозологічної належності хворого. Попередні результати дослідження дозволяють зробити припущення, що існують певні загальні механізми формування аутоагресивної поведінки. Порівняльне вивчення особливостей больової чутливості у психічно хворих, залежних і не залежних від ПАР, в комплексі з психопатологічним дослідженням надалі дозволить розробити методи прогнозування та попередження аутоагресивної поведінки.

УДК 616.895.4-009

Лінський І. В., Ткаченко Т. В., Кузьмів В. Н., Малихіна Н. А.
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України» (м. Харків)

Особливості больової чутливості у хворих з тяжким депресивним епізодом

Було обстежено 54 особи жіночої статі з тяжким депресивним епізодом (діагнози: F32.2, F33.2 відповідно до МКХ-10). З них група «А» (27 осіб) — хворі, що скоїли незавершені суїцидальні спроби за 2—10 діб до моменту обстеження, група «Б» (27 осіб) — хворі без ознак суїцидальної активності.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (тяжкість депресії оцінювали з використанням шкали Гамільтона), тензоалгометрія (Спосіб кількісної оцінки індивідуальних больових порогів (Невидимова Т. І, Бохан Н. А., Коконова Д. Н., патент RU 2342063).

Було встановлено, що середні значення рівня депресії за шкалою Гамільтона в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, були вищими (в 1,18 рази, при $p < 0,05$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності. При цьому порогові больової чутливості — мінімальне больове відчуття, яке суб'єкт в змозі розпізнати (нижній больовий поріг) і поріг переносимості болю (верхній больовий поріг) в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, також були вищими (в 1,40 рази та 1,19 рази відповідно, при $p < 0,0001$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності.

Було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, рівень депресії прямо корелює з величиною больового порогу ($r_{xy} = +0,60$), при цьому підвищення рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжується збільшенням нижнього больового порогу на 0,301 ум. од. На відміну від цього, в групі хворих без ознак суїцидальної активності кореляція рівня депресії з величиною больового порогу була зворотною ($r_{xy} = -0,62$), при цьому підвищення рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжувалось зменшенням нижнього больового порогу на 0,103 ум. од.

В результаті аналізу діапазонів розподілів пацієнтів різних груп порівняння за рівнями депресії за шкалою

Гамільтон та поріг больової чутливості було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, немає осіб з рівнем депресії менше ніж 23 бали або більше ніж 31, в той час як в групі хворих без ознак суїцидальної активності спектр рівнів виразності депресії значно ширший — від 19 балів до 40 балів. Аналогічним чином, межею максимальних відмінностей груп «А» й «Б» за показниками нижнього больового порогу є величина 10 ум. од., за показниками верхнього больового порогу — величина 15 ум. од. і, нарешті, за показниками різниці між верхнім та нижнім больовими порогоми — величина 5 ум. од.

Ідентифікація межових значень параметрів — ознак, про які йдеться, дозволили визначити кількість осіб — носіїв цих ознак, співвідношення частот наявності цих ознак в групах порівняння і, як наслідок — відповідні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (MI).

Найбільш інформативним маркером наявності суїцидальної активності у хворих з тяжким депресивним епізодом (F32.2, F33.2) є нижній поріг больової чутливості понад 10 ум. од. (ДК = -9,21; MI = 3,75); за яким в порядку зменшення інформативності слідує: рівень депресії: 25—33 бали (ДК = -7,96; MI = 3,10); верхній поріг больової чутливості понад 15 ум. од. (ДК = -6,43; MI = 2,03); а також різниця між верхнім та нижнім больовими порогоми 5 ум. од. і менше (ДК = -3,98; MI = 1,11).

Отже, отримані дані свідчать про те, що неускладнена суїцидальною активністю депресія супроводжується зменшенням больових порогів, а ускладнена — їхнім підвищенням. Вивчення співвідношення тяжкості депресивних розладів та особливостей порогів больової чутливості у хворих з суїцидальними тенденціями дозволить розробити методи прогнозування суїцидів у психічно хворих.

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

*Мамчур А. І. *, Гуца С. І. ***

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины»;

**КУ «Днепропетровская областная клиническая
психиатрическая больница Днепропетровского
областного совета» (г. Днепр)

Комплексный подход в лечении соматоформных расстройств

Распространенность соматоформных нарушений у больных с психическими и поведенческими расстройствами диктует необходимость разработки адекватных и внятных алгоритмов терапии и комплексного подхода. Главная особенность в реализации тактики лечения заключается в использовании методов психофармакологии и психотерапии, исключении (при отсутствии показаний) нейротропных, соматотропных и метаболических лекарственных средств.

С целью разработки комплексного подхода к диагностике соматоформных нарушений у больных, изучения патогенетических механизмов соматизации и комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для психически больных с соматоформными нарушениями нами было обследовано и пролечено 57 больных, мужчин и женщин, в возрасте от 23 до 59 лет с диагнозом соматоформное расстройство (F45) согласно критериям МКБ-10, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных проводили не менее 2 лет от начала манифестного этапа соматизации.

Клинические проявления при соматоформных расстройствах условно были распределены на три уровня: чувственный (эмоциональный); когнитивный и поведенческий.

Тактика лікування залежить, в значительній мірі, від рівня порушень. При вираженості емоціонального рівня порушень (признаки депресії, фобії або тривоги, в тому числі алекситимії або «немой тривоги», соматовегетативної симптоматики) цілесобразніше використовувати основний курс фармакотерапії з використанням антидепресантів. В деяких випадках для забезпечення швидкого симптоматичного ефекту цілесобразно застосовувати транквилізатори або інші препарати з анксиолітичним ефектом (наприклад, деяких антипсихотиків) короточасними курсами. В випадках переважання когнітивного компонента порушень найбільш цілесобразним є використання методів когнітивної або когнітивно-біхевіоральної терапії з метою розширення пізнавальних функцій. Супутуюча фармакотерапія повинна або мінімально впливати на когнітивні функції (не слід застосовувати препарати з вираженим седативним ефектом), або розширяти когнітивні можливості (наприклад — сучасні антидепресанти). В випадках переважання поведінкових порушень найбільш цілесобразним є використання методів біхевіоральної або когнітивно-біхевіоральної терапії, застосування фармакологічного контролю поведінки (наприклад — коректори поведінки). Лікування соматоформних розладів — тривале. Можливо зміна тактики лікування в зв'язі з переходом від одного рівня до іншого. Слід пам'ятати, що хворі з соматизованим розладом з готовністю сприймають всі лікувальні заходи, в тому числі і заміну препарату, іноді роблять акцент на постійні зміни лікувальної тактики, що не дозволяє досягти необхідного результату.

і «реактивного утворення» (дезадаптивний МПЗ, 30,6 % ОГ і 25,0 % ГП); копінг-стратегії: «дистанціювання» (неконструктивна копінг-стратегія, 83,3 % ОГ і 71,9 % ГП), «прийняття відповідальності» (відносно конструктивна, 62,5 % ОГ і 65 % ГП), рідше — «самоконтроль» (конструктивна, 45,8 % ОГ і 50 % ГП) і «тікання — уникнення» (неконструктивна, 13,9 % ОГ і 25 % ГП); типи реагування на захворювання (ТРНЗ): еропатичний — 25,0 % ОГ і 28,1 % ГП, сенситивний — 23,6 % ОГ і 15,6 % ГП, і тривожний ТРНЗ — 13,9 % ОГ і 15,6 % ГП; рівень самоактуалізації — 55,6 % ОГ і 46,9 % ГП мали низький (менше ніж 45 Т-балів), 34,7 % ОГ і 37,5 % ГП мали середньостатистичний рівень самоактуалізації (45÷54 Т-бали).

Отже, було встановлено внутрішньоособистісні та психосоціальні фактори, які сприяють психологічній адаптації пацієнток (емотивний тип акцентуації характеру, конструктивна копінг-стратегія «самоконтроль», відносно конструктивна «прийняття відповідальності», адаптивний МЗП «заперечення», еропатичний ТРНЗ, високий рівень самоактуалізації, достатній рівень соціальної підтримки) або погіршують адаптаційний потенціал та прогноз (збудливий, тривожний та демонстративний типи акцентуацій характеру, підвищений загальний рівень напруження МПЗ, переважання в структурі дезадаптивних МПЗ і неконструктивних копінг-стратегій, неконструктивна копінг-стратегія «дистанціювання», «тікання — уникнення», дезадаптивні МПЗ «проекція» і «реактивне утворення», дисгармонічне поєднання копінг-стратегій: дистанціювання — пошук соціальної підтримки, дисгармонічні поєднання копінг-стратегій та психологічних захистів: пошук соціальної підтримки — заперечення; планування вирішення проблеми — заперечення, тікання-уникнення — інтелектуалізація, сенситивний, тривожний ТРНЗ, низький рівень самоактуалізації, дефіцит соціальної підтримки) і призводять до дезадаптації.

Результати дослідження дозволили прийняти клінічно обґрунтовані рішення щодо вибору психотерапевтичних мішеней та методів психокорекції в кожному індивідуальному випадку, прогнозувати ризик розвитку дезадаптивних станів, проводити психопрофілактику, планувати та організовувати заходи медико-психологічної допомоги та психореабілітації.

УДК 616.89:159.942.25+618.19-089.87+616-006.04:159.972

Мартинова Ю. Ю., Мацько Н. Г.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Внутрішньоособистісні та психосоціальні складові адаптаційного потенціалу жінок, які перенесли мастектомію

Мета дослідження — вивчення індивідуально-психологічних та психосоціальних особливостей жінок, які перенесли мастектомію.

Було досліджено 104 пацієнтки, хворих на рак молочної залози, які перенесли мастектомію. Основну групу (ОГ) склали 72 пацієнтки після радикальної мастектомії (РМ), групу порівняння (ГП) — 32 жінки після секторальної мастектомії (СМ). Було використано методику визначення акцентуацій характеру за Г. Шмішеком; методику Лазаруса «Способи копінга»; методику діагностики індексу життєвого стилю (ІЖС) опитувальником Плутчика — Келлермана — Конте; опитувальник ТООБЛ; самоактуалізаційний тест (САТ); багатовимірну шкалу сприйняття соціальної підтримки — MSPSS; Д. Зімет (адаптація В. М. Ялтонський, Н. А. Сирота).

Структура компенсаторно-адаптивного потенціалу досліджуваних: акцентуації характеру притаманні 81,9 % пацієнток ОГ і 78,1 % пацієнток ГП (дистимічність — 33,3 % ОГ та 34,4 % ГП; тривожна боязливості — 16,7 % ОГ та 18,8 % ГП; емотивність — у 15,3 % ОГ та 15,6 % ГП; демонстративність — 9,7 % ОГ та 9,4 % ГП); було виявлено схильність до використання МЗП, а не копінг-стратегій, переважання в їх структурі «заперечення» (адаптивний МЗП — у 62,5 % ОГ і у 59,4 % ГП, «інтелектуалізація» — 22,2 % ОГ і 21,9 % ГП), «проекції» (дезадаптивний МПЗ, 40,3 % ОГ і 34,4 % ГП)

УДК 616.85-008.447-08

*Марута Н. О., Колядко С. П., Явдак І. О.,
Каленська Г. Ю., Денисенко М. М.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Особливості терапевтичних заходів у хворих на невротичні розлади з аддиктивними формами поведінки

В Україні спостерігається зростання захворюваності населення психічними розладами, серед яких «погранична» патологія займає одне з провідних місць. Відомо, що основою формування невротичного розладу є наявність психогенного конфлікту, прояви якого залежать від адаптивних можливостей особистості, особливостей її емоційно-мотиваційної, ціннісної та поведінкової складових. У ситуації фрустрації їх порушення є сприятливим ґрунтом для формування широкого спектра психопатологічних реакцій не тільки невротичного кола, а й особистісного, спрямованих на досягнення емоційного задоволення («розрядки») за допомогою замісних форм реагування (аддиктивної поведінки (АП)) (Воробйова Т. М., 2004; Марута Н. О., 2009; Лінський І. В., 2009). З огляду на вищевикладене, важливою для науки та практики є проблема надання допомоги